VIII kadencja

# KANCELARIA SEJMU
# Biuro Komisji Sejmowych

**PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA**

■ **KOMISJI POLITYKI SENIORALNEJ (NR 79)**

z dnia 10 września 2019 r.

# Pełny zapis przebiegu posiedzenia

# Komisji Polityki Senioralnej (nr 79)

10 września 2019 r.

Komisja Polityki Senioralnej, obradująca pod przewodnictwem poseł **Małgorzaty Zwiercan (WiS)**, przewodniczącej Komisji, rozpatrzyła:

**– informację Ministra Zdrowia na temat dostępności do rehabilitacji osób starszych po zastosowanym leczeniu szpitalnym;**

**– informację Ministra Zdrowia na temat dostępności do opieki stomatologicznej osób starszych.**

W posiedzeniu wzięli udział: **Janusz Cieszyński** podsekretarz stanu Ministerstwa Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Elżbieta Ostrowska** przewodnicząca Polskiego Związku Emerytów, Rencistów i Inwalidów, **Zbigniew Tomczak** przewodniczący Zarządu Polskiego Stowarzyszenia Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera, **Renata Ekielska-Rudeńska** wiceprzewodnicząca Obywatelskiego Parlamentu Seniorów, **Jerzy Płókarz** prezes Sztabu Ratownictwa Społecznej Krajowej Sieci Ratunkowej, **Marek Wójcik** przedstawiciel Związku Miast Polskich, **Zofia Prasał** opiekunka rodzinna osoby z chorobą Alzheimera, **Krzysztof Jambor** przedstawiciel Bemowskiej Rady Seniorów, **Krystyna Żebrowska** przewodnicząca Bielańskiej RS, **Alina Florczak** przedstawicielka RS Ursus, **Wojciech Kożuchowski** przedstawiciel Warszawskiej Rady Seniorów, **Grażyna Andziak-Ziemińska** słuchaczka Mazowieckiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Warszawie, **dr n. med. Rafał Sapuła** stały doradca Komisji oraz **Dominika Górnicka** asystentka przewodniczącej Komisji.

W posiedzeniu wzięli udział pracownicy Kancelarii Sejmu: **Elżbieta Przybylska** i **Wiesław Kozioł** z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

**Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):**

Dzień dobry państwu. Otwieram 79. posiedzenie Komisji Polityki Senioralnej.

Stwierdzam przyjęcie protokołu z poprzedniego posiedzenia Komisji.

Witam panie i panów posłów, panów ministrów, przedstawicieli ministerstw, a także wszystkich pozostałych gości.

Porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje rozpatrzenie informacji Ministra Zdrowia na temat dostępności do rehabilitacji osób starszych po zastosowanym leczeniu szpitalnym, w drugim punkcie rozpatrzenie informacji Ministra Zdrowia na temat dostępności do opieki stomatologicznej osób starszych.

Bardzo proszę o przedstawienie informacji pana ministra Janusza Cieszyńskiego, podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia. Bardzo proszę, panie ministrze.

**Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Janusz Cieszyński:**

Szanowni państwo parlamentarzyści, szanowni państwo zebrani na tej sali. Bardzo dziękuję za możliwość przedstawienia informacji Ministra Zdrowia na temat dostępności do rehabilitacji osób starszych po zastosowanym leczeniu szpitalnym. Chciałbym zacząć od wykazu świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza oraz warunków ich realizacji.

Jak wszystkie osoby objęte powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym, osoby starsze są adresatami obowiązujących rozporządzeń w sprawie świadczeń gwarantowanych, czyli tzw. rozporządzeń koszykowych. One mówią o tym, za jakie świadczenia może zapłacić w ramach ubezpieczenia Narodowy Fundusz Zdrowia. Te świadczenia przysługują – tu będę znowu mówił o wszystkich obywatelach, a więc i osobach starszych – na podstawie skierowania uprawnionego lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego to jest lekarz, który funkcjonuje w ramach systemu finan-

sowanego przez NFZ. Świadczenia mogą się odbywać w warunkach ambulatoryjnych, w warunkach domowych, mogą się też odbywać w ośrodku, ale również na oddziale dziennym w postaci stacjonarnej.

W przypadku leczenia w warunkach ambulatoryjnych skierowanie może wystawić każdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego. Fizjoterapia odbywa się w cyklu do 10 dni zabiegowych. Poradnia, to też jest istotne, żeby zapewnić dostęp do świadczeń zgodny z odpowiednimi standardami, musi być czynna co najmniej dwa dni w tygodniu i co najmniej raz w godzinach od 13.00 do 18.00, chodzi przede wszystkim o wygodę pacjentów. Gabinety i zakłady rehabilitacji lub fizjoterapii muszą być czynne każdego dnia w tygodniu, nie krócej niż pięć godzin dziennie bez przerwy, również od godziny 13.00 do 18.00. Widzą państwo, że bardzo szczegółowo określamy, co konkretnie powinien otrzymać pacjent za odprowadzane składki.

Na fizjoterapię i rehabilitację domową wystawia skierowanie lekarz podstawowej opieki zdrowotnej albo inny lekarz ubezpieczenia zdrowotnego; przede wszystkim specjaliści rehabilitacji w chorobach narządu ruchu, rehabilitacji ogólnej, rehabilitacji medycznej, balneoklimatologii, chirurgii lub chorób chirurgii ogólnej, ortopedzi, traumatolodzy, reumatolodzy, neurolodzy, neurochirurdzy. Świadczenia realizowane w warunkach domowych są udzielane pacjentom z zaburzeniami funkcji motorycznych. W odpowiednim katalogu jest szczegółowa informacja o rodzajach tych zaburzeń.

Skierowanie na zabiegi fizjoterapii w warunkach ambulatoryjnych, a także w warunkach domowych należy zarejestrować w ciągu 30 dni od daty wystawienia. Chodzi o to, aby zachęcać pacjentów, żeby jak najszybciej zaczynali korzystać z rehabilitacji, ponieważ wtedy jest ona najskuteczniejsza.

Czas rehabilitacji może zostać przedłużony decyzją lekarza zlecającego zabiegi. Rehabilitacja w ośrodku dziennym przysługuje pacjentom, których stan zdrowia nie pozwala na rehabilitację w warunkach ambulatoryjnych, a pacjent nie wymaga całodobowego nadzoru medycznego.

Czas trwania rehabilitacji ogólnoustrojowej wynosi od 15 do 30 dni zabiegowych, średnio to jest pięć zabiegów dziennie. W niektórych przypadkach rehabilitacja może być przedłużona do 40 dni zabiegowych. Tu jest też ograniczony katalog specjalistów, którzy mogą kierować na zabiegi, ze względu na to, że tu jest ten dodatkowy zakaz.

Ograniczenia w skierowaniach na rehabilitację kardiologiczną polegają na tym, że wystawiają je tylko lekarze kardiolodzy, kardiochirurdzy i lekarze chorób wewnętrznych. Czas trwania rehabilitacji kardiologicznej wynosi nie więcej niż 24 dni zabiegowe w okresie 90 dni, czyli kwartału.

Rehabilitacja pulmonologiczna jest realizowana w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego. Skierowania wystawiają lekarze z oddziału pulmonologicznego, gruźlicy, chorób płuc, chirurgii klatki piersiowej i kardiolog, ci specjaliści, którzy rzeczywiście potrafią orzec, że pacjent powinien być skierowany na taką rehabilitację.

Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych trwa do sześciu tygodni przez sześć dni w tygodniu; średnio pięć rodzajów zabiegów dziennie.

Rehabilitacja neurologiczna jest prowadzona w podziale na kategorie w zależności od stanu pacjenta i terminu, jaki upłynął od wypisania pacjenta z ośrodka, w którym leczono ostrą fazę choroby. Musi jeszcze zaistnieć wiele dodatkowych warunków, które sprawiają, że skierowania na rehabilitację są dostosowane do potrzeb, ale też możliwości kontraktowania przez NFZ takich świadczeń.

Jak państwo zapewne wiedzą, świadczenia rehabilitacji dla dużej grupy osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności są dostępne bez limitów, czyli świadczeniobiorcy mogą z nich korzystać w takim zakresie, jaki jest im niezbędny. Ale istnieje też wiele kryteriów kwalifikacji, żeby to bardzo daleko idące uprawnienie, którym jest korzystanie z rehabilitacji bez limitu, było realizowane na rzecz tych pacjentów, którzy najpilniej tego potrzebują.

Minister Zdrowia przekazał Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji zlecenie związane z opracowaniem nowych rozwiązań, żeby wprowadzić kolejne zmiany w systemie rehabilitacji pozwalające zwiększyć dostępność do tych świadczeń. Agencja podjęła współpracę z ekspertami w dziedzinie rehabilitacji leczniczej, powołano cztery

specjalistyczne zespoły i przedstawiono systemowe propozycje zmian. One zostały ujęte w raporcie, który AOTMiT każdorazowo przedstawia po takim zleceniu. Dwa podstawowe cele, które leżą u podstaw tego raportu, to przede wszystkim zapobieganie i zmniejszanie ryzyka wystąpienia niepełnosprawności, rozumianej jako następstwo wtórne u pacjentów, mających za sobą ostry stan chorobowy oraz zapewnienie dostępności do świadczeń umożliwiających utrzymanie optymalnego stanu funkcjonalnego w przypadku pacjentów z chorobami przewlekłymi.

Ten pierwszy cel ma być realizowany w ramach świadczeń opieki stacjonarnej ambulatoryjnej. Powinny to być świadczenia kompleksowe zarówno w ambulatorium, jak i w trybie stacjonarnym. Ta grupa świadczeń obejmuje poszczególne profile dysfunkcji i jest kierowana do pacjentów bezpośrednio po urazach lub interwencjach oraz zaostrzeniach stanu chorobowego, które mogłyby potęgować ten rodzaj dysfunkcji.

W naszej ocenie dostępność powinna się polepszać dzięki kilku elementom. Przede wszystkim chodzi o wprowadzenie wymaganego czasu udzielania świadczenia, co powinno wynikać z wysokości kontraktu dostosowanego do potrzeb, ale też o wprowadzenie, jak mówiłem, precyzyjnych kryteriów uprawniających do uzyskania tych świadczeń. Powinniśmy więc z jednej strony w dalszym ciągu zwiększać finansowanie i jednocześnie bardzo dokładnie określić kryteria dostępu, tak abyśmy mieli przekonanie, że w ramach dostępnej podaży świadczeń będziemy w stanie zakontraktować świadczenia wystarczające do zaspokojenia potrzeb jak największej grupy pacjentów. Chodzi o to, żeby nie było takich sytuacji, że pacjent, wymagający bardzo pilnie rehabilitacji, ma ograniczony dostęp z tego powodu, że wyprzedziły go inne osoby, które mogłyby poczekać, albo skorzystać z alternatywnych metod.

W propozycji AOTMiT jest postulat, żeby stworzyć system podstawowej opieki fizjoterapeutycznej. Do interwencji na podstawie zlecenia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej byłby uprawniony każdy pacjent, a więc również senior. Ma to być finansowane według modelu powierzonego budżetu na świadczenia fizjoterapeutyczne, co by zapewniło, w intencji autorów, jeszcze lepszą niż do tej pory dostępność do tych świadczeń. Chcemy, żeby taki budżet powierzony dawał większą elastyczność kierującemu, ale jednocześnie, żeby prowadził do efektywniejszego wykorzystania środków. Mamy doświadczenie, że taki system rzeczywiście do tego prowadzi. Przewidziano tu dwa zakresy świadczeń – podstawowa opieka fizjoterapeutyczna, czyli interwencje realizowane w warunkach ambulatoryjnych i domowych oraz domowa opieka fizjoterapeutyczna, która obejmuje wyłącznie interwencje w warunkach domowych. Trwają teraz prace, by w ramach rehabilitacji stacjonarnej wydzielić świadczenia dla jednolitych grup funkcjonalnych, czyli w ramach systemu grupowania rozliczanego przez NFZ.

Celem, który przyświeca ministerstwu przy tworzeniu tego nowego systemu, jest dążenie do skutecznej rehabilitacji, właściwej pod kątem intensywności, czasu trwania i adekwatnej do stanu pacjenta. Z naszych doświadczeń wynika, że aby to osiągnąć, niezbędne jest powiązanie świadczeń z pomiarem efektywności, tzw. system *pay per performance*, czyli że płaci się nie za to, że świadczenie zostało zrealizowane, tylko za efekt medyczny, który możemy ocenić po upływie jakiegoś czasu.

Znamy dokładną liczbę pacjentów, którzy oczekują na świadczenia rehabilitacji leczniczej. Warto powiedzieć, że pomimo tego, że uruchomiono bezlimitowe finansowanie, to wzrost liczby pacjentów, oczekujących na świadczenia, jest relatywnie niewielki. Jeżeli chodzi o kwoty, to też dysponujemy podziałem na wszystkie oddziały NFZ.

Najwygodniej by było, gdyby państwo mieli konkretne postulaty, zadawali konkretne pytania, wtedy najłatwiej by mi było udzielić odpowiedzi w podziale na poszczególne oddziały, żeby nie przekazywać teraz wielu liczb i zajmować państwu czas. Mam też podaną wartość świadczeń obliczonych dla osób powyżej 60. roku życia, zrealizowanych w ciągu roku po zakończeniu hospitalizacji, a o tym właśnie mówiliśmy – co się dzieje w zakresie rehabilitacji po świadczeniach szpitalnych. Dysponuję konkretną informacją, ale poczekam na państwa głosy. Jeżeli mają państwo pytania czy postulaty, bardzo chętnie ich wysłucham. Dziękuję.

**Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):**

Dziękuję, panie ministrze, za przedstawienie informacji. Otwieram dyskusję. Kto z pań i panów chce zabrać głos? Bardzo proszę, panie doktorze. Proszę się przedstawiać, dobrze?

**Stały doradca Komisji dr n. med. Rafał Sapuła:**

Szanowne panie przewodniczące, panie ministrze. Rafał Sapuła, doradca Komisji. Jestem lekarzem rehabilitacji, wiceprezesem Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji. Z wielką satysfakcją przyjęliśmy inicjatywę MZ zmian organizacyjnych w rehabilitacji, tym bardziej że w zeszłym roku, pracując w zespole eksperckim przy MZ i zastanawiając się nad mapą potrzeb zdrowotnych, okazało się, że jedynie kilka procent pacjentów po leczeniu neurochirurgicznym i kilkanaście procent pacjentów po leczeniu ortopedycznym trafiło w ciągu roku na rehabilitację, i to jakąkolwiek. Prawdopodobnie wynikało to z problemu z dostępnością. Teraz dzięki tym zmianom, o których wspominał pan minister – że AOTMiT przygotowała nową koncepcję ram organizacyjnych rehabilitacji – mamy nadzieję, że dostępność się poprawi. W imieniu środowiska serdecznie dziękujemy za tę inicjatywę. Dziękuję.

**Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):**

Dziękuję bardzo, panie doktorze. Kto z państwa? Bardzo proszę.

**Wiceprzewodnicząca Obywatelskiego Parlamentu Seniorów Renata Ekielska-Rudeńska:**

Renata Ekielska-Rudeńska. Witam państwa, jestem obywatelką i osobą, która także choruje i myślę, że bardzo pięknie zabrzmiał pana raport, panie ministrze. Z tym, że nie bardzo rozumiem, według jakich kryteriów ocenił pan, że jest tak niewielkie zainteresowanie rehabilitacją. Chyba to są jakieś nieścisłości.

Bardzo mnie zastanawia, jeżeli nie było wiele pieniędzy na rehabilitację… Moi podopieczni i ja czekamy po dwa, trzy lata, żeby dostać się na rehabilitację; mówimy cały czas o rehabilitacji stacjonarnej i poszpitalnej. Jak to jest możliwe, że będzie pełna dostępność? Chyba dla osób, które mają pierwszy stopień niepełnosprawności. To jedno.

Drugie. Właśnie byłam w sanatorium i dowiedziałam się, że żaden rehabilitant pracujący w tym sanatorium nie był etatowym pracownikiem. A więc jest to forma niewolniczych warunków pracy; młodzi ludzie są na umowach, na kontraktach i w efekcie uciekają z Polski. Myślę, że to nie jest dobre rozwiązanie, kiedy tak dużo ludzi choruje i oczekuje na rehabilitację. Oczywiście nie mówię o warunkach warszawskich czy łódzkich, czyli dużych miast, tylko mniejszych miast, typu Jędrzejów, Stopnica, gdzie także chorują ludzie.

Ostatnia sprawa. Mówiłam, że byłam zaskoczona pana oceną, że Agencja zajmie się właściwą organizacją i zorganizuje dobrą formę opieki nad pacjentami. Ale jeżeli było tak mało pieniędzy i starczało nie na wszystko, to AOTMiT również potrzebuje pieniędzy na utrzymanie, a więc rehabilitanci dostaną mniej. Czy byłby pan miły i wyjaśnił, jaka jest proporcja liczby pacjentów do zgłoszonych rehabilitacji? Dziękuję.

**Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):**

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę.

**Poseł Maria Nowak (PiS):**

Pani przewodnicząca, szanowni państwo. Panie ministrze, chciałam zwrócić uwagę na dwie rzeczy. Po pierwsze, wprawdzie tematem jest dostępność do rehabilitacji osób starszych po zastosowanym leczeniu szpitalnym, ale mówił pan w ogóle o możliwości rehabilitacji, także tej, na którą kieruje lekarz POZ albo wręcz lekarz rodzinny; bardzo dziękuję za tę informację. Tu mam pytanie. Nie dowiedziałam się, czy jest jakieś rozeznanie, jak długo trzeba czekać w poszczególnych województwach. Jestem z woj. śląskiego i akurat w ubiegłym tygodniu dostałam odpowiedź dyrektora śląskiego oddziału NFZ, że na niektóre zabiegi trzeba czekać do końca 2021 roku. Czyli nie jest to sytuacja optymistyczna. Czy tak jest we wszystkich województwach, czy tylko w niektórych? Jak to wygląda w poszczególnych województwach, może nawet w poszczególnych powiatach. Bo na pewno nie wszędzie jest tak, że na zabiegi trzeba czekać do końca 2021 roku.

Druga sprawa. W informacji jest napisane, że obecnie NFZ opracowuje program pilotażowy. Chciałam zapytać, czy on już wszedł w życie, czy jeszcze trwa etap opracowywania? I gdzie ten pilotaż będzie realizowany, o jakiej porze? Czy mógłby pan powiedzieć coś więcej, bo może to jest wiadomość optymistyczna, że nareszcie się zmniejszą kolejki do rehabilitacji.

Chciałam jeszcze zwrócić uwagę na jedną rzecz. Niedawno odbyły się konkursy i są ośrodki, które świadczyły usługi, a teraz nie podpisały umowy, z różnych przyczyn, widocznie były inne lepsze. Efekt jest taki, że ludzie, którzy np. do końca tego roku mieli zrealizować świadczenia rehabilitacyjne, nagle się dowiadują, że nowy zakład nie świadczy potrzebnych im usług. Czy jest to jakoś uregulowane? W jaki sposób mają szukać w innych ośrodkach rehabilitacyjnych? Czy muszą trafić na koniec kolejki? Skoro zapisani mają czekać do końca 21. roku, to jeśli oni zapiszą się teraz, będą mieć rehabilitację dopiero w 23. roku? Czy to jest w jakiś sposób uregulowane? Dziękuję bardzo.

**Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):**

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę, pani prezes.

**Przewodnicząca Polskiego Związku Emerytów, Rencistów i Inwalidów Elżbieta Ostrowska:**

Elżbieta Ostrowska, Polski Związek Emerytów, Rencistów i Inwalidów. Szanowna pani przewodnicząca, szanowni państwo, panie ministrze. Patrzę na ten materiał okiem laika, bo nie jestem lekarką, ale również okiem być może przyszłej pacjentki, więc jestem tym bardzo zainteresowana. Chciałam zwrócić uwagę na dwie rzeczy.

Z tablicy obrazującej liczbę osób oczekujących na świadczenia z zakresu rehabilitacji wynika, że osoby powyżej 60. roku życia stanowią od 50% do 80- kilku % ogólnej liczby osób oczekujących na zabiegi rehabilitacyjne. Co zresztą nie dziwi, bo oczywiście ludzie starsi mają szczególne zapotrzebowanie na rehabilitację w bardzo różnych obszarach. Moje pierwsze pytanie – czy w tych wszystkich działaniach, o których mówił pan minister, jest uwzględniana opcja szczególnych potrzeb rosnącej liczby ludzi starszych? Czy to jest chociażby w programie pilotażowym, o którym wspomniał pan? Czy ten element wieku, bardzo istotny, jest uwzględniany?

Drugie pytanie trochę nawiązujące do pytania mojej przedmówczyni. Z tabel wojewódzkich obrazujących średni czas oczekiwania do oddziałów geriatrycznych wynika ogromne zróżnicowanie. Mediana wynosi 12 dni, bo zakładam, panie ministrze, że chodzi o dni – w tabelach nigdzie nie podano, jak ten średni czas jest liczony, czy to są dni, czy tygodnie. Słyszę, że dni. W niektórych województwach, np. w podlaskim, czas oczekiwania wynosi 118 dni. Czy widzi się potrzebę wyrównywania tej dysproporcji, czyli rozwoju i bazy, i kadry rehabilitacyjnej w tych rejonach, które, sądząc po tej tabeli, cierpią na ogromny deficyt? W takiej sytuacji dostęp osób do rehabilitacji, w tym również osób starszych, jest zapewne bardzo utrudniony. Dziękuję bardzo.

**Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):**

Dziękuję bardzo. Czy ktoś jeszcze z państwa chce zabrać głos?

Bardzo proszę, panie ministrze, o udzielenie odpowiedzi.

**Podsekretarz stanu w MZ Janusz Cieszyński:**

Szanowni państwo, bardzo dziękuję za pytania, postaram się odpowiedzieć po kolei.

Pytała pani, skąd informacja o niewielkim zainteresowaniu. Bardzo przepraszam, musiałem się wysłowić nieprecyzyjnie. Chodziło mi o to, że w momencie wprowadzenia regulacji, która w istotny sposób zwiększyła popyt na te świadczenia, czyli bezlimitowego dostępu dla osób z niepełnosprawnościami, nie było istotnej zmiany, jeżeli chodzi o liczbę osób, które oczekują na udzielenie świadczenia. Czyli absolutnie nie chciałem powiedzieć, że jest niewielkie zainteresowanie, bo to by była nieprawda.

Jeżeli chodzi o dokładne proporcje liczby pacjentów do zgłoszonych potrzeb, to, co się już przejawiało w państwa wypowiedziach, jest zróżnicowanie w zależności od regionu. Możemy przygotować taką informację i przekazać do sekretariatu Komisji, rozumiem, że później będą one dla państwa dostępne. Chyba że ktoś z państwa chciałby się zwrócić

bezpośrednio do nas, to my też oczywiście przekażemy taką informację w trybie dostępu do informacji.

Czas oczekiwania w województwach. To się zmienia naprawdę każdego dnia. Mogą to śledzić państwo na stronach internetowych NFZ, ale też korzystając z infolinii – myślę, że to jest krok w dobrą stronę, jeśli chodzi o zaspokajanie potrzeb osób starszych. Teraz uruchomiliśmy infolinię, która funkcjonuje całodobowo. Ona jest dostępna pod bezpłatnym numerem 800 190 590, tam mogą państwo uzyskać informację o czasie oczekiwania w konkretnej placówce, ale też o miejscu, gdzie jest najkrótszy czas oczekiwania. Czyli jeżeli szukają państwo miejsca, w którym najszybciej otrzyma się dane świadczenie, wtedy najlepiej skorzystać z tej infolinii, jeżeli ktoś z państwa nie chce skorzystać ze strony internetowej. Numer 800 190 590 – to jest Telefoniczna Informacja Pacjenta Narodowego Funduszu Zdrowia. Tam można otrzymać informacje o wszystkich rodzajach świadczeń, nie tylko dotyczących rehabilitacji.

Pani zadała pytanie o program pilotażowy. Chyba i tę informację przekazałem nieprecyzyjnie. Chodzi nie o program pilotażowy, tylko o kompleksowy program opracowywany przez AOTMiT. Chcemy, żeby rzeczywiście wprowadzić takie zmiany. To jest jeszcze na etapie prac koncepcyjno-analitycznych, stąd trudno teraz mówić szczegółowo, jaki jest zakres, jakie lokalizacje. Realizowaliśmy i realizujemy liczne pilotaże, np. Krajową Sieć Onkologiczną czy Centrum Zdrowia Psychicznego w formule pilotażu. W omawianym przypadku to nie jest pilotaż, tu mówimy po prostu o tym, że analizujemy nowe rozwiązania.

Status pacjentów oczekujących w kolejce do podmiotów, którym wygasa kontrakt. Ustawa o świadczeniach przewiduje w takiej sytuacji odpowiedni tryb postępowania. Można wtedy udać się do innego świadczeniodawcy, z którym NFZ ma kontrakt. Można też skorzystać z infolinii, która w takiej sytuacji potrafi bardzo dobrze pomóc pacjentowi w znalezieniu miejsca, gdzie najszybciej otrzyma świadczenie. Warto pamiętać o tym, że miejsce na liście oczekujących, które mieliśmy w poprzedniej poradni, pozostaje to samo w sytuacji, jeżeli inny świadczeniodawca przejmie tę listę. Nie jest więc tak, że, mówiąc nieelegancko, idzie się na koniec kolejki; czyli pacjent nie traci uprawnień.

Uwzględnienie szczególnych potrzeb osób starszych. Tu chciałbym wskazać, że ze względu na zasady, które obowiązują w całym systemie ubezpieczenia zdrowotnego, konstytucja obliguje nas, żeby zapewnić wszystkim równy dostęp do świadczeń. Oczywiście są takie rodzaje świadczeń, gdzie jest pewne dofinansowanie ze strony państwa, np. Leki 75+, ale proszę zauważyć, że wtedy kwota, która sprawia, że leki są bezpłatne, nie pochodzi ze środków NFZ. W NFZ obowiązuje zasada ubezpieczeniowa, że każdy otrzymuje to samo, W przypadku Leków 75+ jest specjalna dodatkowa dotacja z budżetu państwa. Oczywiście są takie świadczenia, myślę, że świadczenia z zakresu rehabilitacji należą do nich, których odbiorcami są przede wszystkim osoby starsze, ale to wynika ze specyfiki sytuacji pacjenta. Tutaj rzeczywiście można powiedzieć, że m.in. prowadzenie prac nad zakresem świadczeń dowodzi tego, że potrzeby ludzi w starszym wieku są szczególnie uwzględniane, ponieważ to oni pozostają głównymi beneficjentami tego rodzaju programów.

Czy dostęp jest równy we wszystkich regionach? Słusznie wskazywali państwo, że on się różni pomiędzy regionami, ale dlatego też tam, gdzie dostępność świadczeń jest niższa niż w innych, dyrektorzy znacznie częściej rozpisują kolejne konkursy, kolejne postępowania, żeby zwiększać liczbę placówek, które realizują te świadczenia. Bywa jednak niekiedy tak, że świadczeniodawca oczekuje małego dofinansowania, on potrzebuje bardzo niewielkiego kontraktu, żeby tylko ruszyć. I właśnie tutaj trzeba pamiętać o mechanizmie bezlimitowego finansowania, o tym, że jeśli ktoś ma jakikolwiek kontrakt, to dla istotnej grupy pacjentów ten kontrakt będzie aneksowany do wysokości wykonania. Kontraktując więc te nowe świadczenia, NFZ musi bardzo wnikliwie analizować, czy w razie, gdy wykorzysta się mechanizm bezlimitowości, nie nastąpi sytuacja, w której docelowo wydane środki przekroczą założone budżety. Ale to już jest w gestii dyrektorów NFZ, żeby zarządzać swoim budżetem. Dziękuję bardzo.

**Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):**

Dziękuję, panie ministrze. Widzę, że są jeszcze dodatkowe pytania. Bardzo proszę, najpierw pani; chyba chce pani o coś dopytać. Potem poproszę pana.

**Wiceprzewodnicząca OPS Renata Ekielska-Rudeńska:**

Jestem bardzo ciekawa, jak rozwiązali państwo problem możliwości połączenia się z numerem informacyjnym, jeżeli chodzi o osoby, które… Starsze osoby bardzo często nie dzwonią na 800, tylko na sieciowy. Kiedyś było dobrym zwyczajem, aby poza 800 zapewnić możliwość połączenia się przez telefon sieciowy. Często się zdarza, że człowiek po prostu pomyli się, wybierze 800 i potem są ogromne rachunki. Czy uwzględnili państwo możliwość dzwonienia na inny numer niż zaczynający się na 800? Dziękuję.

**Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):**

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę.

**Przewodniczący Zarządu Polskiego Stowarzyszenia Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera Zbigniew Tomczak:**

Pani przewodnicząca, panie ministrze, szanowni państwo. Chcę się zwrócić wprost do pana ministra. Panie ministrze, to nie jest tak. Niestety nie ma w Polsce systemu, który zagwarantuje ciągłość świadczeń dla osób starszych w przypadku, gdy podmiot, który do tej pory wykonywał świadczenia, traci kontrakt z NFZ. Po pierwsze, praktyka, o którą pani zadała pytanie, dotycząca rehabilitacji i kolejki do podmiotu tracącego kontrakt, nie wygląda tak, jak powiedział pan. Jeżeli ktoś z kolejki z innego podmiotu trafi do mnie, to żeby znalazł się w tym samym miejscu, gdzieś z przodu, to ja muszę cofnąć kogoś z mojej kolejki. Tak się nie dzieje. Praktyka jest taka, że prostu osoba z zewnątrz trafia na koniec kolejki.

W przypadku rehabilitacji domowej jest podobnie. Jeżeli chiroterapeuta, który prowadził rehabilitację dojeżdżając do pacjenta, traci kontakt z Funduszem, ten pacjent nie ma żadnej gwarancji, że zechce się nim zająć następny terapeuta. Nie ma takiego systemu.

Podobnie – ostatni przykład, bo nie chcę przedłużać – z opieką pielęgniarską długoterminową. Jeżeli jest podmiot, który wykonuje taką opiekę z jednej strony powiatu, wygrywa ktoś z drugiej strony powiatu i w stawce kapitacyjnej za świadczenie ma również dojazd, to on z oczywistych powodów absolutnie nie ma ochoty jechać i zajmować się pacjentami, którzy do tej pory byli objęci opieką pielęgniarską długoterminową, bo po prostu musi przejechać 30-40 km. Woli sobie znaleźć pacjentów bliżej.

Mówiąc krótko, chodzi o to, że nie mamy takiego systemu. To nie jest zarzut, bo się dopracowujemy różnych form wsparcia osób starszych. Ale w tej kwestii nie ma żadnego mechanizmu, który by gwarantował ciągłość świadczeń. Pozwolę sobie zaproponować pewne rozwiązanie. Postarać się, żeby podmioty lecznicze, czy osoby prowadzące działalność medyczną przystępując do konkursu, otrzymały również informację, jacy pacjenci już są objęci opieką i ten kto wygra konkurs będzie musiał się zająć również nimi, to pojawiłaby się szansa, że zostanie utrzymana pewna ciągłość. W innym przypadku ciągłości nie będzie i dziś jej nie ma. Poziom zagrożenia wśród osób starszych, co się stanie, gdy mój podmiot leczniczy straci kontrakt, jest ogromny. Dziękuję.

**Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):**

Dziękuję bardzo. Jeszcze jedno pytanie… Dobrze, pan minister teraz odpowie i wtedy króciutkie pytanie.

**Podsekretarz stanu w MZ Janusz Cieszyński:**

Zachęcam do zapoznania się z art. 20 ustawy o świadczeniach. Może przytoczę jego treść, żeby wszyscy państwo mogli ocenić, jakie są fakty.

Art. 20 ust. 10a: W przypadku zakończenia wykonywania umowy o udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej, świadczeniobiorca, czyli pacjent wpisany na listę oczekujących u świadczeniodawcy, który wykonywał tę umowę, może wpisać się na listę oczekujących, prowadzoną przez innego świadczeniodawcę wykonującego umowę o udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie. To jest 10a, przepraszam, 10b. Świadczeniodawca, do którego zgłasza się świadczeniobiorca, ustala kolejność przyjęć z uwzględ-

nieniem daty zgłoszenia u świadczeniodawcy, który zakończył wykonywanie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Pan mówi, że komuś się nie chce, bardzo przepraszam, ale tak pan powiedział. To są przepisy i one wskazują jasno, według jakich zasad należy udzielać pacjentom świadczeń. Mam nadzieję, że wszyscy państwo, którzy są obecni i którzy prowadzą działalność leczniczą, kierują się jednak tymi zasadami, które są jednoznacznie opisane w tej ustawie, i pacjenci będą mogli realizować swoje prawa. Bardzo przepraszam, ale przepisy zupełnie jednoznacznie tę sprawę opisują.

**Przewodniczący Zarządu Polskiego Stowarzyszenia Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera Zbigniew Tomczak:**

Można ad vocem?

**Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):**

Bardzo proszę.

**Przewodniczący Zarządu Polskiego Stowarzyszenia Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera Zbigniew Tomczak:**

Panie ministrze, to jest czysta teoria. Proszę zobaczyć, jak wygląda praktyka. Nie chciałem podawać następnych przykładów. Pan się odniósł tylko do jednego z trzech moich przykładów, do pierwszej kwestii, mówiącej o tym, że gdy jestem w kolejce trzeci, to w nowym podmiocie będę trzeci. No nie będę trzeci.

**Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):**

Dziękuję bardzo. Najpierw pani, a potem pan doktor.

**Słuchaczka Mazowieckiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Warszawie Grażyna Andziak-Ziemińska:**

Grażyna Andziak-Ziemińska, słuchaczka MUTW w Warszawie. Pozwolę sobie zgłosić swoje uwagi z różnych poziomów, i moich rozmówców, ale też i osobistego. Z reguły zabieram głos, kiedy coś mnie dotyczy. Mam matkę, która jest po udarze. Kiedy siedem lat temu matka była wypisywana ze szpitala, nie mieliśmy zielonego pojęcia w rodzinie, co powinniśmy zrobić. Przypuszczam, że problem seniorów, tych 60-, i 80-letnich polega też na tym, że jeśli otrzymują skierowanie np. na rehabilitację, to chcą, żeby to się odbywało w najbliższym otoczeniu, w najbliższej przychodni. W zależności od dzielnicy, liczebności mieszkańców są mniejsze czy większe problemy, jednak czas oczekiwania – sama poddaję się często rehabilitacji – jest bardzo różny.

Ale tu trzeba zadać sobie troszeczkę trudu. Czyli znów potrzebna informacja, która często nie jest znana seniorom. Nie ukrywam, że dzięki uczestniczeniu w posiedzeniach Komisji wiem trochę więcej i przekazuję to oczywiście koleżankom i kolegom na UTW. Podam przykład z własnego doświadczenia sprzed dwóch tygodni. Poszłam z matką, osobą o znacznym stopniu niepełnosprawności, do przychodni po skierowanie do okulisty. Termin – za rok. Wydaje mi się, że już potrafię poruszać się, jak nie tu, to tu. I zauważyłam informację, że od ubiegłego roku osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności mają przyspieszony termin. W efekcie okazało się, że dzięki pokazaniu legitymacji matka nie musiała czekać do przyszłego roku, tylko wizytę u lekarza miała już za cztery dni. Stanę troszeczkę w obronie poszczególnych poziomów… Oczywiście w przypadku ludzi starszych potrzebne jest pewne zaangażowanie rodziny, ale naprawdę nie wygląda to tak źle, jak słychać czasami. Mówię z poziomu przeciętnego odbiorcy. Dziękuję uprzejmie.

**Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):**

Dziękuję bardzo pani. Teraz pan doktor, bardzo proszę.

**Stały doradca Komisji dr n. med. Rafał Sapuła:**

Rafał Sapuła, doradca Komisji. Pełnię również funkcję konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie rehabilitacji w woj. lubelskim. Znam sytuację, że podmiot stracił kontrakt na naszym terenie. Byłem w jakimś stopniu w to zaangażowany i wiem, że te pieniądze przechodziły na inne podmioty. W puli było więc tyle samo pieniędzy. Moje doświadczenie wskazuje, że odbyło się to wszystko w sposób bardzo elastyczny, bez konsekwencji

dla pacjentów. Myślę, że to jest kwestia organizacji danego oddziału wojewódzkiego NFZ. Dziękuję.

**Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):**

Dziękuję bardzo. Dziękuję, panie ministrze za udzielenie informacji, dziękuję za wszystkie pytania. Myślę, że wszystkie były bardzo ważne, pokazywały różne sytuacje. Myślę, że wiele zależy od ludzi, naprawdę, bardzo wiele. Musimy się postarać, żeby w ośrodkach prowadzących rehabilitację, w całym systemie zarządzania było godne podejście do osoby starszej. Wszystko zależy od tego, kto zarządza placówką, jaki jest personel, czy życzliwy dla pacjentów. Musimy pracować nad międzyludzką solidarnością, wtedy na pewno wszystko będzie wyglądało zupełnie inaczej.

Przechodzimy do drugiego punktu. Proszę…

**Wiceprzewodnicząca OPS Renata Ekielska-Rudeńska:**

Nie doczekałam się odpowiedzi na pytanie. Czy jest przewidziana możliwość telefonowania… Mówię o osobach, które nie korzystają z internetu.

**Podsekretarz stanu w MZ Janusz Cieszyński:**

Szanowni państwo, numer 800 190 590 to jest numer bezpłatny.

**Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):**

Ale chodzi, panie ministrze, o to, czy można z numeru stacjonarnego dzwonić na ten numer.

**Podsekretarz stanu w MZ Janusz Cieszyński:**

Z tym numerem można się połączyć z dowolnego telefonu stacjonarnego.

**Wiceprzewodnicząca OPS Renata Ekielska-Rudeńska:**

Ale nie o to mi chodziło. Na numer 800 zaczynają się również gry i wtedy starsi są bardzo naciągani. Sama osobiście blokuję starszym osobom telefony, aby nie dzwoniły, bo przychodzą rachunki na 1000, 1500 zł. Tak było i tak jest.

**Podsekretarz stanu w MZ Janusz Cieszyński:**

O ile dobrze pamiętam, to wszystkie numery, które się zaczynają od 800, są bezpłatne.

**Prezes Sztabu Ratownictwa Społecznej Krajowej Sieci Ratunkowej Jerzy Płókarz:**

Można?

**Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):**

Proszę.

**Prezes Sztabu Ratownictwa Społecznej Krajowej Sieci Ratunkowej Jerzy Płókarz:**

Może odpowiem pani jako łącznościowiec. To co mówi pan minister, jest absolutnie ścisłe i zgodne z prawdą. Wszystkie numery zaczynające się na 800 są połączeniami bezpłatnymi.

Myślę, że chodziło pani o pewne niebezpieczeństwo. W momencie pomyłki – a 801 już jest płatny, wprawdzie w postaci stałej taryfy, to jest niewielka opłata, ale bliźniaczo podobne numery są już wykorzystywane przez różnego rodzaju firmy, w tym również, jak powiedziała pani, przez naciągaczy. Pomyłkowy telefon do nich i kilkuminutowa rozmowa może nabić olbrzymi rachunek.

Pytała pani, czy równolegle nie można by zorganizować normalnego numeru miejskiego, który byłby numerem wejściowym stacjonarnym, bo starsza osoba czuje się bezpiecznie dzwoniąc na ten numer. Nie każdy starszy człowiek, panie ministrze, rozróżnia te niuanse, że 800 – to bezpłatny, 801 – mniej płatny, ale 835 – już może kosztować krocie. Być może funkcjonalność takiego numeru, co w dzisiejszych czasach już nie stanowi problemu, bo nie ma tych połączeń międzystrefowych, wszystkie są jednakowo płatne. Idea 800 czy 801 polegała na tym, żeby z dowolnego miejsca w kraju można było dzwonić według jednej stawki. W tej chwili ten problem zniknął. Dziękuję.

**Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):**

Dziękuję bardzo. Jest wniosek Komisji, żeby ministerstwo rozpatrzyło możliwość ustanowienia stacjonarnego numeru, na który będzie można dzwonić bez obawy, że w razie

wybrania błędnego numeru starsza osoba poniesie ogromne koszty. Bardzo proszę, panie ministrze, żeby wziąć to sobie do serca.

Teraz przechodzimy do drugiego punktu – rozpatrzenia informacji Ministra Zdrowia na temat dostępności do opieki stomatologicznej osób starszych. Bardzo proszę o przedstawienie informacji.

**Podsekretarz stanu w MZ Janusz Cieszyński:**

Szanowni państwo. Jeżeli chodzi o dostępność do opieki stomatologicznej osób starszych, warunkuje to wiele czynników. Oczywiście nakłady, ale też liczba i rozmieszczenie podmiotów, liczba osób oczekujących na leczenie, no i geografia, czyli gdzie są jakie podmioty i ilu pacjentów.

Co do epidemiologii. Jeżeli chodzi o choroby tkanek twardych zębów, udział pacjentów w wieku 65+ wynosi od 12 do 15%; w chorobach miazgi i tkanek okołowierzchołkowych, torbieli i chorób kości szczęk, chorób dziąseł i przyzębia – udział tej grupy wynosi 14-23%; w chorobach gruczołów ślinowych – udział tej grupy wynosi 22-28%. Jak państwo widzą, jest to istotnie zróżnicowane.

Średnio na 100 tys. mieszkańców Polski przypada 18 świadczeniodawców z zakresu świadczeń ogólnostomatologicznych, a rozpiętość pomiędzy poszczególnymi regionami wynosi od 11 do 26.

Nakłady. NFZ wykazuje, że w latach 2015-2018 następował systematyczny wzrost wartości sfinansowanych świadczeń dla grupy 60+. W świadczeniach ogólnostomatologicznych wzrost wyniósł 7,62%; jeżeli chodzi o świadczenia periodontologii, one zostały wydzielone do oddzielnego finansowania od 2017 r. – tu mamy wzrost o 211,28%, czyli od 798 tys. zł do prawie 2,5 mln zł; w świadczeniach chirurgii stomatologicznej i periodontologii, wzrost wynosi 21,65%, w świadczeniach protetyki stomatologicznej 8,39%.

Istotnym kryterium dostępu jest czas oczekiwania. Dostępność do leczenia stomatologicznego w ocenie NFZ należy uznać za akceptowalną. Zgodnie z danymi, przekazanymi przez NFZ na koniec roku 2018 r. (dotyczą one wszystkich oczekujących), osobom zakwalifikowanym jako przypadki pilne poszczególne poradnie udzielają świadczeń bez żadnego czasu oczekiwania (oczekiwanie – od zera do dwóch dni, w zależności od podmiotu), a 93% podmiotów udziela świadczeń na bieżąco, czyli nawet bez zapisywania na listę oczekujących, tylko od razu.

Jeżeli chodzi o przypadki stabilne, w poradni stomatologicznej czas oczekiwania wynosi około dwóch tygodni, a w poradniach protetyki około sześciu tygodni.

Ministerstwo, podobnie jak w dziedzinie rehabilitacji, wystąpiło do AOTMiT o przygotowanie rekomendacji dla wielu świadczeń z zakresu leczenia stomatologicznego w celu ich potencjalnego urealnienia i, jak przypuszczam, także wzrostu nakładów. To jest istotne, ponieważ stoimy przed pewnym wyzwaniem. Systematyczne rośnie wartość środków przeznaczonych na zakup świadczeń przez NFZ i w związku z tym niezbędne jest dokonywanie retaryfikacji poszczególnych świadczeń. Wysłaliśmy np. do AOTMiT zlecenie, aby uaktualnić koszty na leczenie ortodontyczne zębów trzonowych i przedtrzonowych, na zamykanie perforacji na komory lub ściany kanału korzeniowego jako powikłania leczenia ortodontycznego. Przekazaliśmy te świadczenia do retaryfikacji i w związku z tym liczymy, że kiedy AOTMiT przekaże do ministra nowe rekomendacje, będziemy mogli się przymierzyć do zmiany wyceny już oficjalnie funkcjonujących świadczeń. Dziękuję bardzo.

**Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):**

Dziękuję bardzo, panie ministrze. Otwieram dyskusję. Bardzo proszę pana.

**Członek Bemowskiej Rady Seniorów Krzysztof Jambor:**

Krzysztof Jambor, Bemowska Rada Seniorów. Panie ministrze, cieszy mnie, że zwiększające się nakłady będą procentowały wzrostem liczby zabiegów. Jak wiedzą państwo, w zasadzie cała stomatologia jest prywatna. Środki, jakie były do tej pory… Idąc do stomatologa w przychodni, słyszało się, że mają słabe materiały, a za lepsze trzeba było płacić.

Miałem taki przypadek, że wychodziłem z gabinetu trzy razy i nie mogłem wyjść, bo mi ta plomba wypadała. A ząb rozwiercony. Dopiero prywatnie, za pieniądze, można było to zrobić dobrze.

Druga sprawa – protetyka. Wiadomo, że trzeba czekać pięć lat na protezę. Jest zrobiona z takiego materiału, że ciężko to nosić. Poza tym często pęka, a każda naprawa powoduje, że proteza jest mniej szczelna. No i jeszcze kwalifikacja. Nie wiem, jak w tej chwili, bo mnie to nie dotyczy za bardzo, ale żeby się zakwalifikować na protezę, trzeba było mieć trzy, cztery ubytki z rzędu. W związku z tym człowiek, zanim doszedł do wieku senioralnego, żeby dostać całą protezę, był taki nie bardzo elegancki, nieestetyczny w swoim wyglądzie. Cieszy mnie więc, panie ministrze, gdy mówi pan, że będą większe nakłady. Postarajmy się, żeby w razie, gdy komuś wyleci jeden ząb, jakoś mu pomóc, a nie tylko za pieniądze, za pieniądze. Dziękuję bardzo.

**Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):**

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę.

**Wiceprzewodnicząca OPS Renata Ekielska-Rudeńska:**

Renata Ekielska. Ja też mam podobny dylemat co przedmówca. Nie usłyszałam od pana ministra informacji, czy przewiduje się wsparcie dla seniorów, którzy mają zupełne zaniki dziąseł. Wiadomo, że 70-, 75-latek był leczony w okresie powojennym, a wtedy przede wszystkim wyrywało się zęby i w konsekwencji delikwent w ogóle nie ma teraz wypustków zębowych i kostnych. Nie ma takiej możliwości, żeby w ramach NFZ pomóc człowiekowi, w grę wchodzi tylko stuprocentowa opłata. Spójrzmy może na ten trudny temat. Dziękuję.

**Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):**

Dziękuję bardzo. Czy jeszcze ktoś z państwa chce zabrać głos? Bardzo proszę.

**Członek Bemowskiej Rady Seniorów Krzysztof Jambor:**

Trafnie stwierdziła pani, że u ludzi starszych zanikają dziąsła i dobrze by było, żeby, tak jak tutaj jest napisane, stosować „całkowitą protezę dolną o charakterze overdenture opartą na zabezpieczonych korzeniach”. Ale najpierw trzeba zabezpieczyć również korzenie. Często jest tak, że ząb się łamie, osoba nie idzie do stomatologa, chodzi z tym korzeniem, oczywiście powstaje stan zapalny. I kiedy już przyjdzie do stomatologa, ten mówi – trzeba usunąć. Właśnie nie, trzeba ten korzeń wyleczyć, żeby później można go było zabezpieczyć, bo właśnie na tych korzeniach trzymają się protezy. Proszę państwa, z górną protezą nie ma problemu, bo robi się ją na zasadzie dwóch szklanych płytek połączonych wodą i ona będzie się trzymać. Z dolną protezą jest problem. Musimy do końca życia dbać przynajmniej o dwa zęby albo dwa korzenie, bo jeśli pozbędziemy się u dołu wszystkiego, to będzie latała proteza, jak po pustym sklepie. Dziękuję.

**Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):**

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę, proszę się przedstawić.

**Przedstawiciel Związku Miast Polskich Marek Wójcik:**

Marek Wójcik, Związek Miast Polskich. Bardzo krótko, drodzy państwo. Panie ministrze, mówienie o tym, że wzrastają nakłady na stomatologię nie jest prawdziwe. Przepraszam, że mówię to w ten sposób. Ale precyzyjnie prowadzę analizy na ten temat od 2010 roku. Nakłady na stomatologię w Polsce nie rosną. Porównując rok 2019 i plan na przyszły rok, to jest wzrost o dwa proc. Jak zestawiłem świadczenia na poszczególne kategorie świadczeń od 2005 r., to świadczenia na stomatologię są najniższe wśród wszystkich innych świadczeń, dwukrotnie niższe niż np. na podstawową opiekę zdrowotną czy lecznictwo szpitalne.

Dwa procent wzrostu nakładów na stomatologię, przy nieprawdopodobnym wzroście kosztów świadczeń oznacza, że świadczeń nie będzie więcej. Powiedzmy to sobie otwarcie. To nie jest zarzut, to jest stwierdzenie faktu. Wypowiadam się merytorycznie. Koszty po stronie świadczeń rosły, szczególnie jeśli idzie o koszty płacowe, w stomatologii stanowią one powyżej 85% kosztów świadczeń ogółem i jak państwo doskonale wiedzą, wzrastają bardzo dynamicznie; koszty energii elektrycznej, która stanowi trzeci składnik

kosztów w stomatologii, wrosły o kilkadziesiąt procent. To wszystko powoduje, że biorąc pod uwagę realne kwoty przeznaczane na stomatologię, de facto mamy mniej środków, a nie więcej. Nie jest to kwestia ostatniego roku czy dwóch, trzech czy czterech lat, tylko ten trend rozpoczął się w 2010 r. Służę stosownymi wykresami i danymi.

Do tego dochodzi jeszcze powszechne przekonanie Polaków, że leczenie zębów ma sens tylko za własne pieniądze. Z trudem się nam udaje załatwić parę rzeczy dotyczących stomatologii dziecięcej. Czy państwo wiedzą np., że we wszystkich dentobusach przez cały ubiegły rok zostało wyleczone 33 tys. ludzi. Przez cały rok. Warto to wiedzieć, bo liczba jest szokująca.

Mówię o tym dlatego, że jest ogromna prośba, żeby przyjrzeć się procedurom obowiązującym w stomatologii, ponieważ one zniechęcają stomatologów do pracy w podmiotach publicznych. Trzeba je koniecznie przeszacować, no i zatrzymać ten trend zmniejszających się realnie, powtarzam, bo nominalnie to kwota rośnie, spadku nakładów na stomatologię. Dziękuję.

**Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):**

Dziękuję bardzo. Panie ministrze, proszę o udzielenie odpowiedzi.

**Podsekretarz stanu w MZ Janusz Cieszyński:**

Dziękuję bardzo. Dziękuję przede wszystkim za postulaty, które zgłosili państwo. Mówiłem, że stale analizujemy zawartość koszyka świadczeń gwarantowanych, czyli tego co w ramach Funduszu może być finansowane. Stomatologia to jest istotna część tego koszyka i dlatego też, jeśli porównamy, jak wzrósł plan finansowy, to np. porównując z rokiem 2015, widzimy, że wzrost wynosi ponad 150 mln zł na zakup świadczeń. Oczywiście można powiedzieć, że to jest wzrost niewystarczający. Dzisiaj, kiedy rząd ogłosił, że przekażemy prawie 350 mln zł w kolejnej transzy do szpitali powiatowych, to właśnie obecny tutaj reprezentant Związku Miast Polskich powiedział, że potrzeba 4 mld zł, podczas gdy cały ryczałt wynosi dziewięć. Rozumiem, że można mieć bardzo daleko idące, rozdmuchane oczekiwania, ale pokazujemy, że mamy plan na to, co chcemy zmieniać; systematycznie zwiększamy nakłady na system ochrony zdrowia, w tym również na stomatologię.

Będziemy dążyć nie tylko do tego, żeby wraz ze wzrostem kwot przeznaczonych na ochronę zdrowia w Polsce proporcjonalnie rósł również udział stomatologii w koszyku, czyli żeby budżet na stomatologię stale rósł tak, jak rośnie cały budżet.

Bardzo zależy nam również na tym, aby świadczeń było jak najwięcej, także tych nowoczesnych, takich, jakie do tej pory nie były refundowane przez NFZ. Jest to jeden z priorytetów. Zostało to zlecone AOTMiT, czekamy na wyniki analizy i na tej podstawie będziemy wprowadzać zmiany w koszyku świadczeń. Dziękuję bardzo.

**Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):**

Dziękuję bardzo, panie ministrze. Tutaj też należy się odnieść, tak sądzę, do nas samych. To pan powiedział, że gdy coś się dzieje z zębem, nie idziemy do stomatologa, biegną miesiące, a potem oczekujemy, żeby ktoś dokonał cudów. A trzeba dbać o profilaktykę już od momentu, gdy ząbki się wyrzynają, potem w żłobku, przedszkolu, cały czas spoczywa na nas odpowiedzialność. Takie będzie nasze zdrowie, jak sami o nie zadbamy. Nie oczekujmy, że będą dofinansowane wszystkie potrzeby, bo same środki nie uleczą. Oczywiście bez nich jest bardzo źle, ale potrzebni są również specjaliści, których też nam brakuje. Trzeba lekarzom dać odpowiednie wynagrodzenie, żeby zatrzymać w Polsce, żeby nie wyjeżdżali. Cały czas idziemy w tym kierunku, żeby tak się działo. Ale jak powiedziałam – niezbędna jest również odpowiedzialność pacjentów i to w każdej dziedzinie, czy chodzi o rehabilitację, czy o leczenie, czy o wizytę u lekarza. Bardzo często jest tak, że zgłaszamy wizytę u specjalisty, ale zbliża się termin i z jakiegoś powodu nie możemy iść, nikt się nie pofatyguje, żeby zadzwonić dzień wcześniej do tego specjalisty i odwołać, żeby ten czas mogła wykorzystać inna osoba. Popatrzmy więc również na nas samych i odpowiadajmy za własne zdrowie i własne życie.

To jest ostatnie posiedzenie Komisji Polityki Senioralnej w tej kadencji Sejmu.

Chcę jeszcze serdecznie zaprosić państwa na konferencję, którą organizuje nasza Komisja 1 października w sali kolumnowej. Tematem konferencji jest rola organizacji

działających na rzecz osób starszych przy realizacji zadań z obszaru polityki senioralnej. Pierwszego października jest Międzynarodowy Dzień Osób Starszych. Serdecznie zapraszam. Liczba miejsc jest ograniczona, tak że bardzo proszę zgłaszać się do sekretariatu Komisji. Proszę pamiętać, żeby wziąć dowód osobisty, to umożliwi wejście do sali kolumnowej Sejmu. Konferencja zaczyna się o godzinie 11.00. Pani Ela z sekretariatu podpowiada, że będziemy wysyłać zaproszenia. Tylko jak powiedziałam, liczba miejsc jest ograniczona, chętnych proszę o jak najszybsze zgłoszenia.

Szanowni państwo, ślicznie państwu dziękuję za te cztery lata współpracy. Dziękuję za waszą energię, za to, że chcieliście przychodzić, za to, że byliście, że jesteście. Życzę przede wszystkim dużo zdrowia i siły. Wierzę w to, że gdy się zacznie kolejna kadencja, spotkamy się ponownie.

Wyczerpaliśmy porządek dzienny. Stwierdzam, że Komisja przyjęła informację do wiadomości. Zamykam dyskusję i posiedzenie. Dziękuję.

Jeszcze pani Zosia chciała coś powiedzieć. Bardzo proszę, pani Zosiu.

**Opiekunka rodzinna osoby z chorobą Alzheimera Zofia Prasał:**

Zofia Prasał. Opiekuję się już tylko mamą z chorobą Alzheimera. Pani przewodnicząca, szanowna pani przewodnicząca, w związku z tym, że kończymy nasze posiedzenia, jeszcze raz wyrażam wdzięczność za wszystkie zaproszenia mnie jako opiekunki domowej i równocześnie chciałabym podkreślić pani ogromną wrażliwość, jeżeli chodzi o sprawy seniorów, zrozumienie, zainteresowanie i zaangażowanie w ich sprawy, ale także za pochylenie się nad człowiekiem. Wiem, co mówię, bo doznałam tego nieraz w moich rozmowach z panią przewodniczącą, a przecież nie znałyśmy się wcześniej. Napisałam kiedyś list, spotkałyśmy się. Bardzo się cieszę z tego spotkania i naprawdę ogromne brawa dla pani przewodniczącej. Myślę, że ta praca jest bardzo skuteczna zarówno pani, jak i całej Komisji, co odczuwam ja, podkreślam, jeszcze jako opiekunka domowa. Kolejne programy, które pojawiły się w tej kadencji Sejmu bardzo poprawiły naszą sytuację, bardzo. Nie chcę już szerzej rozwijać dalej, tematu, ale mogłabym mówić długo na ten temat. Dziękuję raz jeszcze. Dziękuję bardzo.

**Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):**

A ja dziękuję za to, że jesteście. Dziękuję bardzo. I do zobaczenia.